UNIVERSITE DE MONTPELLIER N° 12

FACULTÉ DE MEDECINE

A PROPOS

DE

QUATRE CAS DE HERNIE CRURALE

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 13 Décembre 1913

PAR

P. BOUFFIER

Né à Cette (Hérault) le 13 janvier 1880

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

ESTOR, professeur, *Président.*
VIALLETON, professeur.
MASSABUAU, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre, 3 et Quai du Verdanson

1913

A PROPOS

DE

QUATRE CAS DE HERNIE CRURALE

CHEZ L'ENFANT

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N°12

FACULTÉ DE MEDECINE

A. PROPOS

DE

QUATRE CAS DE HERNIE CRURALE

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 13 Décembre 1913

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

P. BOUFFIER

Né à Cette (Hérault) le 13 janvier 1880

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

ESTOR, professeur, *Président.*
VIALLETON, professeur.
MASSABUAU, agrégé. } *Assesseurs*
ETIENNE, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre, 3 et Quai du Verdanson

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲) . . . . . DOYEN
SARDA . . . . . ASSESSEUR
IZARD . . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM.	GRASSET (O. ✲)
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✲).
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✲).
Physique médicale		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique		TRUC (O. ✲).
Chimie médicale		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP
Anatomie		GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthop		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL (✲).
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène		BERTIN-SANS (H.)
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Clinique médicale		RAUZIER.
Thérapeutique et matière médicale		VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé lib.
Clinique annexe des mal. des vieillards		EUZIERE, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique		DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire		SOUBEYRAN, agr. lib.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. RICHE	MM. EUZIÈRE
GRYNFELTT	CABANNES	J. DELMAS
LAGRIFFOUL	DERRIEN	ETIENNE
LEENHARDT	P. DELMAS	RIMBAUD
GAUSSEL	MASSABUAU	ROGER
		LECERCLE

Examinateurs de la Thèse

MM. ESTOR, *prof., président.* | MM. MASSABUAU, *agrégé.*
VIALLETON, *professeur.* | ETIENNE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VIALLETON

A MESSIEURS LES PROFESSEURS-AGRÉGÉS

MASSABUAU ET ETIENNE

P. BOUFFIER.

A MES MAITRES D'EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR.
MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANBRAU.
MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS.
MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU.

MEIS ET AMICIS

P. BOUFFIER.

A PROPOS

DE

QUATRE CAS DE HERNIE CRURALE

CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION

Il existe une tendance toujours plus grande à considérer le sac d'une hernie inguinale oblique externe comme d'origine congénitale et non acquise. Peut-on attribuer la même pathogénie à la hernie crurale?

D'autre part, la hernie crurale, dont l'existence était niée chez l'enfant par Féré en 1879, et considérée, par la plupart des auteurs (Piéchaud, Dénucé, Kirmisson), comme une rareté clinique dans le jeune âge, si rare même que Broca (1) ne la mentionne pas, peut-elle être encore appelée « essentiellement une hernie de l'âge adulte et de l'âge avancé » (Berger, Delbet, Reclus), et plus particulièrement du sexe féminin?

Quatre cas de hernie crurale observés chez l'enfant dans le service de M. le professeur Estor, de juin 1911 à

(1) Chirurgie Infantile 1914.

novembre 1912, nous ont paru apporter à la solution de cette double question une contribution intéressante. Nous les rapportons ici, notre intention étant, non pas de faire à ce propos une étude d'ensemble de la hernie crurale, mais d'en dégager quelques conclusions touchant:

1° La pathogénie de ces lésions;

2° Leur fréquence relative.

Trois de ces observations sont dues à l'obligeance de M. le professeur agrégé Etienne, qui nous inspira le sujet de cette étude. Nous tenons à lui en exprimer ici notre vive gratitude.

OBSERVATIONS

Observation Première

Noélie S..., 14 ans, entrée le 7 juin 1911, ne présente, dans ses antécédents héréditaires, aucun fait intéressant. Née à terme, allaitée par sa mère, sevrée à un an, dentition et marche normales. Pas de troubles digestifs graves pendant son enfance. Début il y a un an par des douleurs dans le côté droit de l'abdomen; quelques jours après, on observe une tumeur grosse comme un œuf de pigeon à la partie interne de l'aine droite. A l'examen, cette tumeur donne la sensation de fluctuation; elle est un peu tendue, sonore à la percussion, réductible.

Cure radicale le 8 juin 1911; on trouve une entérocèle de petit volume se réduisant très facilement. Sac graisseux. Réunion immédiate.

Les trois observations suivantes ont été publiées par MM. Etienne et Aimes (Soc. des sciences médicales de Montpellier):

Observation II

Notre deuxième cas concerne un petit garçon de 10 ans et demi, entré le 14 novembre 1912 dans le service du

professeur Estor, salle Leenhardt, pour une tumeur du triangle de Scarpa droit, constatée depuis l'âge de 4 ans et demi.

Dans ses antécédents héréditaires, on trouve une hernie inguinale droite chez le père. Dans ses antécédents personnels, une entérite à 1 an, la rougeole à 5 ans, la coqueluche à 6 ans. Maladie actuelle : à 4 ans et demi, l'enfant ayant présenté une petite tumeur dans la région crurale droite, un docteur, consulté, porta le diagnostic de hernie et conseilla l'application d'un bandage. Celui-ci ne fut porté que pendant le jour.

La hernie persista sans entraîner de complications et sans trop augmenter de volume.

A l'examen, nous nous trouvons en présence d'une hernie crurale banale.

L'état général est bon, les différents appareils sont normaux.

Opération le 17 novembre 1912. Il s'agit d'une hernie crurale classique; elle ne présente rien de particulier à l'intervention. Lipome préherniaire, sac vide. Guérison *per primam*.

Observation III

R. C..., garçon, âgé de 9 ans, entré le 17 mars 1912 dans le service du professeur Estor pour fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Rien à signaler dans les antécédents.

Les manœuvres de réduction nécessitent l'anesthésie générale. Au cours de ces manœuvres, l'enfant a des nausées, et, sous l'influence de ses efforts de vomissements, nous voyons apparaître, au niveau de l'angle de Scarpa

droit, une tuméfaction qui disparaît dans l'intervalle des efforts. C'est une hernie crurale passée jusque-là inaperçue.

Opération le 4 avril 1912. Il s'agit, comme dans la première observation, d'une hernie crurale banale, présentant à l'intervention un lipome préherniaire et un sac vide.

Réunion *per primam.*

Observation IV

Enfin, la quatrième observation concerne un garçon porteur, depuis l'âge de 5 ans, d'une hernie crurale droite. Cet enfant avait conservé sa hernie, mais, ayant présenté deux crises appendiculaires, on se décide à le faire opérer.

Dans un premier temps opératoire, on pratique l'appendicectomie; puis, dans un deuxième temps, on fait la cure de la hernie crurale: épiplocèle, résection d'épiploon. Guérison rapide.

Nous désirons tirer de ces observations:

1° Des considérations étiologiques;

2° Des considérations pathogéniques.

CONSIDERATIONS ETIOLOGIQUES

Trois points sont à retenir:

1° L'âge des malades;
2° Leur sexe;
3° La notion d'hérédité.

1° *Age.* — Le plus âgé avait 13 ans le plus jeune 5 ans, quand les premiers symptômes de la hernie se manifestèrent. La notion classique souffre donc des exceptions. Il faut remonter jusqu'au milieu du siècle dernier pour trouver les premières observations de hernie crurale dans le jeune âge. En 1842, Depaul, en 1845 Pique ont présenté à la Société d'Anatomie des fœtus porteurs de hernie crurale. En 1849, Malgaigne cite deux cas, Cooper un cas; Berger, sur 1.518 enfants porteurs de hernie, trouve 9 hernies crurales; Periollat, qui étudia dans sa thèse de Lyon (1895-1896), 200 cas de hernie opérés par le professeur Jaboulay, ne trouve qu'une hernie crurale droite chez une fillette de 12 ans. La thèse de Denœux (Bordeaux, 1908), inspirée par le professeur Denucé, et qui constitue une bonne mise au point de la question, rapporte une observation de Guiot et 10 de A. Broca. En Angleterre, R.-W. Murray rapporte 104 cas de hernie crurale chez

des enfants au-dessous de 15 ans, dont 52 étaient produits entre 1 et 10 ans et 9 avant la cinquième année. Nous pouvons donc admettre, avec Kirmisson, que la hernie crurale, avant l'âge de 15 ans, constitue une infime exception.

2° *Le sexe.* — Trois de nos malades étaient des garçons.

Toutes les statistiques établissent que la hernie crurale chez l'adulte est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Ce même fait se reproduit-il chez les enfants? Il est difficile de se prononcer. Les statistiques de Berger donnent 7 garçons pour 2 filles; celle de Wernher donne 21 garçons pour 20 filles. D'après Murray, elle serait deux fois plus fréquente chez les filles que chez les garçons.

3° *L'hérédité.* — L'influence du sexe et de l'âge n'est pas la seule à retenir dans les quatre observations précitées. La notion d'hérédité se pose aussi, le père d'une malade ayant été porteur d'une hernie inguinale droite. Il y a longtemps que Richter, puis Malgaigne, ont noté l'influence de ce facteur dans le développement des diverses hernies. Depuis, certains auteurs ont cité de véritables familles de hernieux; néanmoins, il semble que l'influence héréditaire soit beaucoup moins marquée pour les hernies crurales que pour les hernies inguinales et ombilicales. Berger l'a notée chez les garçons au-dessous de 15 ans dans 239 cas de hernie inguinale, dans 21 cas de hernie ombilicale et dans 1 seul cas de hernie crurale; chez les filles, dans 31 cas de hernie inguinale et dans 38 cas de hernie ombilicale, mais il ne l'a relevée dans aucun cas de hernie crurale. Denœux l'a retrouvée dans 5 des observations qu'il publie dans sa thèse.

CONSIDERATIONS PATHOGENIQUES

La pathogénie de la hernie crurale chez l'enfant nous permet d'envisager deux hypothèses: Est-elle congénitale? Est-elle acquise? Autrement dit, les viscères pénètrent-ils dans un sac préexistant analogue au conduit péritonéo-vaginal imparfaitement oblitéré ou bien repoussent-ils la séreuse péritonéale à la faveur d'un effort pour s'en constituer une enveloppe? La distinction classique entre hernie acquise et hernie congénitale peut-elle s'appliquer à la hernie crurale?

Voyons les arguments que l'on peut invoquer à l'appui de chacune de ces hypothèses.

Pour les partisans de la hernie acquise, la prédisposition à la hernie peut être créée par une laxité anormale des parties constituantes de l'anneau crural, soit que le bord externe du ligament de Gimbernat ne soit formé que de fibres lâches se laissant facilement déprimer par la pression abdominale, soit que l'arcade de Fallope elle-même, si rigide, si épaisse chez les sujets bien constitués, se trouve au contraire lâche et flottante comme cela a été observé chez certains enfants chétifs et malingres aux parois abdominales affaiblies et flasques. Avec de si faibles insertions, le septum crural ne saurait lui-même résis-

ter; cette mince membrane flotte alors dans le tissu adipeux qui l'entoure et se déprime aisément pour laisser poindre une hernie.

Mais ce septum crural peut aussi présenter des dispositions particulières: Les ouvertures créées à l'état normal par le passage des vaisseaux lymphatiques du membre inférieur dans l'abdomen sont parfois si nombreuses que la partie supérieure du canal crural ne semble alors fermée que par un simple réseau fibro-celluleux, et il suffit qu'une simple ouverture du septum soit anormalement développée pour que le sac herniaire glisse à travers un de ces orifices; le péritoine passe le premier, l'intestin et l'épiploon suivent pour constituer la hernie.

Bier, se basant sur la rareté des hernies inguinales et crurales chez les peuples primitifs de l'Afrique, pense que l'inaction musculaire des peuples civilisés détermine un relâchement du tissu conjonctif qui prédispose à la hernie.

Laxité anormale des parties constituantes de l'anneau crural, dispositions spéciales du septum, relâchement du tissu conjonctif, telles sont, pour les partisans de l'origine acquise de la hernie, les causes prédisposantes. Comment la hernie va-t-elle se développer? Deux facteurs vont alors intervenir: la graisse sous-péritonéale, la pression abdominale.

Le rôle de la graisse péritonéale dans le développement des hernies a été mis en lumière par Wernher, English, Roser, Schmidt, Cloquet, Forgues, Lucas-Championnière. C'est, qu'en effet, la graisse qui double le péritoine et qui, à l'état liquide sur le vivant, s'accumule au niveau des anneaux abdominaux, est toute prête à les forcer en s'insinuant dans leur orifice et en transmettant intégralement la pression qu'elle reçoit. Ayant avec le péritoine

des adhérences fibro-cellulaires, elle l'entraîne aisément et amorce ainsi la descente des viscères; de même, les lobules graisseux peuvent s'hypertrophier, s'engager dans l'anneau crural et attirer le péritoine. Ainsi se trouve constitué le lipome herniaire, qui se trouve si fréquemment en avant du sac et qui est mentionné dans trois de nos observations.

Quant au rôle de la pression abdominale, il est bien connu: cet anneau crural distendu, ce septum relâché se laisseront facilement effondrer sous l'influence des efforts; les cris du nouveau-né, les maladies aiguës du système respiratoire agissent mécaniquement par les secousses de toux qu'elles déterminent; les affections chroniques des voies respiratoires ajoutent à l'action indéfiniment répétée de la même cause. Les affections des fosses nasales et du pharynx (végétations adénoïdes, polypes, hypertrophie des amygdales), en occasionnant de la gêne respiratoire, des efforts pour se moucher, peuvent aussi déterminer la production de hernies.

En résumé, anomalie de l'anneau crural, point faible par développement incomplet du ligament de Gimbernat ou défaut de résistance du septum crural seraient les causes prédisposantes, tandis que la hernie du tissu graisseux sous-péritonéal, qui s'hypertrophie en attirant un cul-de-sac séreux, et la pression abdominale subissant de brusques variations sous l'influence de l'effort constituent les causes déterminantes.

Mais, à côté de cette pathogénie, il en est une autre soutenue notamment par Jaboulay et Murray (Liverpool), qui considèrent la hernie crurale comme une hernie congénitale.

Jaboulay (Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet, VII, 730) croit à la hernie crurale congénitale. Il base son

opinion sur ce fait que des enfants très jeunes de 4 à 10 ans ont été opérés pour des hernies crurales, que l'on y a trouvé souvent des ectopies de glandes génitales remontant à la première enfance et correspondant aux ectopies testiculaires ou ovariennes inguinales (A. Broca, Chirurgie infantile, 1914, p. 960), enfin que les sacs de ces hernies présentent parfois de véritables diaphragmes comme ceux des sacs vagino-péritonéaux.

Plus solide encore paraît être l'argumentation de Murray. Dans un article d'*Annals of Surgery,* nov. 1910, intitulé: « Le sac de la hernie crurale est-il d'origine congénitale? », l'auteur se montre partisan résolu de la congénitalité, et voici les raisons qu'il fait valoir:

Il rapporte 104 cas de hernie crurale chez des enfants au-dessous de 15 ans, se décomposant en:

43 cas observés entre 15 et 10 ans.
52 cas entre 10 et 5 ans.
9 cas avant la cinquième année.

Parmi eux se trouve un cas observé par Edmond Owen chez un enfant de 6 ans dont la hernie s'étrangla au moment de son apparition.

Il est rationnel de penser, dans tous ces cas, à l'existence d'un sac préformé; le jeune âge des malades, et, dans ce dernier cas, l'apparition brusque de la hernie suivie d'étranglement, ne s'expliquent que par une malformation congénitale.

Frappé par ces constatations, Murray demanda à Natham Row de rechercher sur un certain nombre de cadavres pris au hasard s'il n'existait pas de diverticules péritonéaux occupant la région crurale, et voici le résultat des autopsies pratiquées par ce dernier:

Sur 200 sujets adultes qui, pendant leur vie, n'avaient présenté aucune hernie apparente, Natham Row trouva 47 porteurs de diverticules péritonéaux occupant exactement la même position qu'une hernie crurale. Dans 14 cas, ces diverticules étaient bilatéraux; dans un cas, il existait en même temps des diverticules cruraux et inguinaux, et ils étaient bilatéraux.

Ces diverticules présentaient un orifice abdominal très étroit; leur lumière était réduite, ce qui permet de penser qu'ils étaient produits par une force tirant le péritoine au dehors plutôt que par une poussée intra-abdominale. Mais comment expliquer cette traction exercée sur le péritoine? Examinant le sac d'une hernie crurale opérée sur un homme de 61 ans, Murray découvrit sur le fond du sac de petits faisceaux de fibres musculaires striées; cette constatation éclairait d'un jour nouveau la formation des sacs péritonéaux.

Le *Gubernaculum testis* qui détermine la descente du testicule et du canal péritonéo-vaginal dans le scrotum, en se fixant au fond des bourses (où il constitue le ligament scrotal du testicule), présente, pendant la vie fœtale, des tractus qui se fixent sur la racine du pénis, sur le péritoine, sur le périnée, etc... Le développement anormal de ces tractus peut provoquer les diverses ectopies testiculaires rétro-vésicales (Charpy et Mériel), crurales, cruro-scrotales, périnéales ou ovariennes. De même, il peut déterminer la formation de diverticules péritonéaux dans les mêmes régions, en tirant sur le péritoine. Les fibres musculaires striées constatées sur le sac herniaire précité ne seraient, dès lors, que des restes de *gubernaculum*.

De deux choses l'une, ou ces diverticules cruraux étaient acquis, ou ils étaient congénitaux; si l'on admet qu'ils étaient acquis, il faudrait aussi admettre que chacun de

ces sujets était porteur d'une hernie dont il ignorait l'existence.

Enfin, ces diverticules existaient avec une égale fréquence dans les deux sexes. Cette constatation permet de supposer que la fréquence plus grande de la hernie crurale chez la femme est due, d'une part, à l'élargissement latéral du bassin au moment de la puberté, distendant l'orifice d'entrée du diverticule; d'autre part, à l'augmentation de pression qui s'exerce sur le bassin durant la grossesse.

En effet, la hernie crurale est surtout fréquente entre 21 et 45 ans, qui est la période de fécondité.

CONCLUSIONS

La hernie crurale existe chez l'enfant. On ne peut plus soutenir qu'elle soit inexistante, mais elle constitue une rareté clinique.

Les quatre observations que nous rapportons paraissent confirmer sa plus grande fréquence chez le garçon que chez la fille, au lieu que, chez l'adulte, la hernie crurale est surtout une lésion du sexe féminin.

Sa pathogénie paraît être liée à la présence d'un sac préformé. Les constatations de Natham Row le prouvent. Le fait que plusieurs sujets aient été porteurs, pendant leur vie, d'un diverticule péritonéal, mais si petit que l'intestin n'y avait jamais pénétré, autorise à penser que, dans tous les cas et dans toutes les périodes de la vie, la production d'une hernie crurale est liée à la préexistence d'un sac occupant le canal crural. La descente de l'intestin dépendrait, comme dans toutes les autres variétés de hernies, de la dimension de l'ouverture abdominale du sac. Si le sac est relativement grand, la hernie peut se former dès la première enfance; mais si, comme cela arrive plus fréquemment, le sac est d'abord petit, l'intestin ne peut s'y insinuer qu'au moment où l'ouverture atteint une certaine dimension.

Faut-il pour cela nier l'influence d'une anomalie des parties constituantes de l'anneau crural ou du septum? Nous ne le pensons pas. Qu'il s'agisse de diverticules préexistants ou de malformations originelles, les deux théories ne s'excluent pas. Au contraire, elles doivent chacune avoir leur application dans les cas déjà nombreux qui ont été publiés. Elles ont un point commun: la congénitalité.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Berger. — Hernie crurale. Médecine moderne, Paris, 1905, XVI, p. 289.

Broca (A.). — Chirurgie infantile, 1914.

Denœux. — La hernie crurale chez l'enfant. Thèse de Bordeaux, 1908.

Le Dentu et Delbet. — Nouveau traité de chirurgie, tome VII. Article: Hernie, par Jaboulay et Delbet.

Depaul. — Hernie crurale chez un fœtus. Société d'Anatomie. Paris, 1842, XVII, p. 208.

Etienne et Aimes. — Quelques considérations sur 3 cas de hernie crurale chez l'enfant. Montpellier Médical, 13 avril 1913.

Forgue (E.). — Précis de pathologie externe, tome II.

Kirmisson. — Précis de chirurgie infantile, 1911.

Murray. — Annals of surgery, nov. 1910.

Owen. — Surgical diseases of Children, 1888, p. 352.

Periollat. — Considérations étiologiques et anatomiques sur le siège, le volume et la fréquence des her-

nies suivant les sexes et suivant les âges. Thèse de Lyon, 1895-1896.

WERNHER (A.). — Zur statistik der hernien. Archiv. f. Klin. Chirurgie., 1869.

Vu et permis d'imprimer:
Montpellier, le 5 décembre 1913
Le Recteur.
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 5 décembre 1913
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !